



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER (CHAM)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre les 8 avril et 3 juin 2020.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	2
RECOMMANDATIONS.....	3
INTRODUCTION.....	4
1 LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....	5
1.1 La présentation de l'établissement.....	5
1.2 Les documents stratégiques	5
1.3 La coopération	6
2 LA SITUATION FINANCIÈRE.....	8
2.1 Préalables méthodologiques à l'analyse financière	8
2.2 L'absence de redressement de la situation financière.....	9
3 LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	13
3.1 Un recrutement insuffisant en début de période	13
3.2 Les effets du rattachement au groupement hospitalier de territoire de la Somme.....	14
3.3 La difficulté à confirmer la pertinence de cette stratégie.....	15
4 LE CONTRAT DE RETOUR À L'EQUILIBRE FINANCIER ET SON EXÉCUTION	16
4.1 L'engagement de la démarche et le diagnostic porté.....	16
4.2 Les gains sur les fonctions support	17
4.2.1 La fonction bio-nettoyage.....	18
4.2.2 La restauration et les achats	18
4.3 Des effets surestimés pour l'augmentation de la capacité de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire et pour la facturation des chambres individuelles.....	19
4.4 Les restructurations de services	20
4.4.1 L'articulation entre le développement de la chirurgie ambulatoire et la restructuration du service de chirurgie.....	20
4.4.2 La psychiatrie.....	21
4.5 Le développement ou le renforcement de certaines spécialités	22
4.6 Les économies en matière de ressources humaines	23
4.7 Appréciation d'ensemble sur le plan de retour à l'équilibre financier.....	25
ANNEXES	29

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (CHAM) dispose d'un budget de fonctionnement légèrement inférieur à 100 M€. Il emploie plus de 100 personnels médicaux et 1 200 personnels non médicaux.

L'établissement connaît, depuis 2015, des difficultés financières croissantes. En 2019, son budget principal ne dégage toujours pas de capacité d'autofinancement (CAF) brute. En 2018, le déficit comptable a été limité grâce à deux recettes exceptionnelles – une cession d'actif immobilier et une reprise sur provision – de près d'1 M€ chacune. En 2019, il s'est dégradé.

Le CHAM est confronté, depuis plusieurs années, à la difficulté de recruter les personnels médicaux nécessaires au renouvellement de ses équipes. Son adhésion au groupement hospitalier de territoire « Somme Littoral Sud » est, à cet égard, une évolution bienvenue, ledit groupement ayant rapidement développé une synergie entre ses membres, et le rapprochement avec le CHU d'Amiens étant propice à un recrutement facilité d'internes en médecine. Cependant, l'importante dépense additionnelle liée aux rémunérations de ces personnels médicaux ne trouve pas encore de contreparties suffisantes en termes de recettes d'activité supplémentaires pour permettre à l'établissement de redresser sa trajectoire financière.

En 2017, le centre hospitalier a signé, avec l'agence régionale de santé, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) qui devait améliorer de près de 4,3 M€ les résultats annuels du budget principal. Cependant, l'effet produit est bien moindre que celui attendu. Tout d'abord, l'évaluation *a priori* de son impact a souffert d'erreurs méthodologiques. Ensuite, les dépenses de personnel médical induites n'ont pas été prises en compte. Enfin, les résultats obtenus se sont avérés, dans l'ensemble, inférieurs aux prévisions.

À l'avenir, en fonction des orientations de l'agence régionale de santé après l'état d'urgence sanitaire et des conséquences de celui-ci sur les finances de l'établissement, ce dernier devra travailler, avec la tutelle, à une nouvelle version du contrat, plus fiable dans le calcul des économies attendues et plus aboutie en matière de contractualisation interne, au niveau de chaque pôle.

RECOMMANDATIONS¹**Recommandation (performance)**

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation unique : faire apparaître, dans les documents de présentation des actes budgétaires et comptables, les dépenses de personnel médical en prenant en compte l'ensemble de leurs composantes, incluant l'intérim, les contrats de cliniciens et les contrats d'accès au plateau technique				X	25

¹ Cette recommandation a été arrêtée après examen des réponses écrites et des pièces justificatives apportées par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires de la chambre.

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (Pas-de-Calais) sur les exercices 2014 et suivants a été ouvert par lettres du président de la chambre, adressées le 8 avril 2019 à Mme Marion-Drumez, actuelle directrice et ordonnateur, et au président du conseil de surveillance, M. Bruno Cousein, par ailleurs maire de Berck-sur-Mer. M. Boucey, directeur de l'établissement jusqu'en février 2017, et Mme Giesberger, directrice intérimaire entre février et mai 2017, ont également été informés du contrôle par lettres du 25 juin et du 16 juillet 2019.

Les entretiens de fin de contrôle, prévus à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, se sont déroulés le 10 octobre 2019 avec Mme Marion-Drumez, et le 11 octobre 2019, par téléphone, avec son prédécesseur.

Le contrôle a porté principalement sur la situation financière de l'établissement, sur la mise en œuvre de son plan de retour à l'équilibre et sur la question de la démographie médicale.

Dans sa séance du 6 novembre 2019, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été communiquées à l'ordonnateur. Des extraits ont également été adressés à son prédécesseur, M. Boucey, ainsi qu'à des tiers, pour ce qui les concernait. Aucune d'elles ne concernait la gestion intérimaire de février à mai 2017.

Après avoir examiné les réponses, la chambre, dans ses séances des 8 avril et 3 juin 2020, a arrêté les observations définitives suivantes.

Avertissement

Le contrôle de la chambre régionale des comptes a été effectué avant l'entrée en vigueur des mesures prescrites par le décret n° 2020-293 du 23 mars 2020 complété par le décret n° 2020-423 du 14 avril 2020 pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

La situation de l'établissement a notamment été analysée en référence aux objectifs fixés par l'autorité de tutelle dans le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), signé en 2017 avec le directeur général de l'agence régionale de santé.

1 LES ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

1.1 La présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer (CHAM) a une capacité totale de 932 lits ou places installés, dont 220 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et 389 en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il emploie plus de 1 300 agents dont 100 médecins, et ses recettes réelles de fonctionnement seront, en 2019, légèrement inférieures à 100 M€.

Sa situation financière, particulièrement dégradée, a donné lieu, en 2017, à la signature avec le directeur général de l'agence régionale de santé, autorité de tutelle, d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), dont l'examen constituera une large partie du présent rapport.

Il comporte un établissement principal à Rang-du-Fliers et plusieurs secondaires à Berck, Étaples, Montreuil, Campagne-les-Hesdin et Fruges, notamment dans les domaines de l'hébergement des personnes âgées dépendantes, du handicap, des soins de suite et de réadaptation, de l'addictologie et de la psychiatrie. Dans une logique de gradation des soins et face à un enjeu de maillage d'un territoire vaste, peu peuplé, à la population vieillissante et peu mobile, les médecins hospitaliers sont encouragés à assurer des consultations avancées à Hesdin, Étaples et Crépy-en-Valois. Il compte, par ailleurs, une équipe mobile de gériatrie, et ses cadres assurent également la direction du centre hospitalier (CH) d'Hesdin. Avec ce dernier, le CHAM couvre un territoire comptant 112 000 habitants permanents, mais étant une zone touristique, sa population peut, en été et les week-ends, atteindre 300 000 personnes.

Sur ce territoire, il est en situation de monopole sur quelques spécialités, telles que l'obstétrique. Les activités d'établissements privés dans le domaine des soins de suite et de réadaptation visent en grande partie une patientèle extérieure au territoire.

Mais, en chirurgie, comme l'a indiqué la directrice en réponse aux observations, l'existence de quatre plateaux techniques concurrents, conjuguée aux départs non renouvelés de médecins « historiques » de l'établissement sur des activités telles que la cardiologie, a mis le CHAM en difficulté, en dépit du fait qu'il assure la permanence des soins. Ainsi, la baisse de ses parts de marché en médecine et en chirurgie (hospitalisation complète) de 3 ou 4 points de 2014 à 2016, avant une remontée partielle, a constitué deux points de vigilance.

1.2 Les documents stratégiques

Le CHAM dispose, depuis peu, d'un projet médical et finalise son projet d'établissement. À la date de prise de fonctions de l'actuelle directrice, en mai 2017, de tels documents stratégiques n'existaient pas. En effet, un processus d'élaboration, initié en 2014, n'avait pas été mené à son terme.

À cette date, l'hôpital avait analysé l'exécution de son précédent projet médical et identifié quelques situations insatisfaisantes, ainsi que des opportunités de gains financiers ou d'efficience. Tel était le cas de la perte de recette résultant d'activités de réadaptation cardiologique menées dans un autre établissement par les cardiologues du CHAM. De même, la possibilité d'un fonctionnement plus économe était envisagée en matière d'urgence psychiatrique, s'agissant du transport des hospitalisations sous contrainte. Aucune suite n'a été donnée à ces pistes d'améliorations.

Le même travail d'analyse avait conduit au constat suivant : « Mettre en place les entrées directes pour les personnes âgées en unité de gériatrie aiguë / Le recours aux possibilités d'entrées directes est aujourd'hui sous-utilisé. Le passage par les urgences est quasi systématique ». Aucune action n'a été mise en place à la suite de ce diagnostic. Cette question a été reprise au projet médical récemment adopté, mais les actions définies apparaissent peu abouties, et aucun indicateur de suivi n'est prévu pour mesurer le taux de personnes âgées admises directement en gériatrie aiguë sans passer par les urgences.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien directeur a indiqué qu'en 2015, le processus d'élaboration des documents stratégiques a été interrompu en accord, selon lui, avec l'agence régionale de santé (ARS). En effet, des priorités plus immédiates sont apparues comme les difficultés rencontrées par la cardiologie avec le départ de la chef de service, l'annonce d'une visite de certification de la Haute autorité de santé ou encore la mise en œuvre d'un dialogue de gestion avec l'autorité de tutelle. Outre son départ de l'établissement, des événements susceptibles de changer le cadre de la réflexion ont aussi justifié le report de celle-ci : la mise en place d'une direction commune avec le CH d'Hesdin, qui incluait la possibilité de réorienter certaines activités médicales, les élections de renouvellement de la Commission médicale d'établissement, et surtout la réorientation des coopérations avec d'autres établissements voisins.

1.3 La coopération

Jusqu'en 2016, l'établissement avait un partenariat privilégié avec le CH de Boulogne, dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire. À l'occasion, à la fois, de la réforme visant à remplacer celles-ci par des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de la disparition de la limite administrative entre les ex-régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie, le CHAM a rejoint, avec l'hôpital d'Hesdin, un groupement dénommé « Somme Littoral Sud », couvrant l'ensemble de ce département. Les limites départementales ne restent prégnantes que dans les domaines d'activités relevant du médico-social et de la psychiatrie.

Cette évolution s'est faite dans un large consensus. Le GHT s'est rapidement engagé dans une politique de gradation des soins, avec notamment des consultations avancées de médecins du CHU d'Amiens au sein des différents hôpitaux du groupement.

Visant principalement à bénéficier au patient, cette politique suppose par ailleurs des innovations technologiques telles que la télémédecine, ou encore un transfert facilité des dossiers patients informatisés (DPI) d'un hôpital à l'autre, ainsi qu'à partir ou en direction de la médecine de ville.

Dans cette perspective, le législateur a prévu que les GHT procèdent à une convergence des systèmes d'information hospitaliers. La version la plus aboutie en est la mise en place d'un dispositif unique pour l'ensemble des membres du groupement, ce qui s'avère pertinent lorsque la plupart ont un système ancien et aspirent à en changer.

Or, en l'espèce, la quasi-totalité des établissements membres du GHT n'étaient pas dans cette situation. À deux exceptions près, tous venaient récemment d'investir dans leur système informatique de gestion du dossier patient. Dans ces conditions, une solution de convergence minimale a été choisie, avec le logiciel *Maincare*. Son principe est que chaque établissement dépose ses données « patient » sur une plate-forme d'échange et de partage permettant qu'elles soient visibles par tous. L'objectif d'un système d'information réellement unifié sera donc fixé à une date plus lointaine, à horizon 2025.

Cependant, nonobstant cette difficulté particulière, l'adhésion du CHAM au GHT apparaît bénéfique, notamment en termes de démographie médicale, comme cela sera exposé *infra*.

2 LA SITUATION FINANCIÈRE

Sur la période examinée, le CHAM présente la caractéristique d'être soumis au régime du plan de retour à l'équilibre financier. Celui-ci sera examiné une fois présentée la situation financière de l'établissement.

2.1 Préalables méthodologiques à l'analyse financière

L'activité du CHAM est retracée dans un budget principal, dit « budget H », et divers budgets annexes.

En 2014, le budget E2 a enregistré une subvention de 4 M€ pour la construction d'un EHPAD d'un montant de 15 M€ à Étaples. La finalité de cette opération est de réduire le nombre de lits dans des établissements moins bien situés et à l'activité déclinante. Les travaux ont été engagés seulement en 2019. Ce versement anticipé a amélioré la trésorerie du CHAM, masquant ainsi en partie la dégradation de sa situation financière.

Celle-ci concerne essentiellement le budget principal, qui représente 76 % de la masse des produits bruts d'exploitation. Aussi, la chambre a fait le choix de conduire son analyse financière de manière plus spécifique sur ce budget.

En préalable, deux éléments sont à souligner. D'une part, l'établissement a fait le choix d'externaliser des dépenses de personnel médical, dans le cadre de contrats d'accès au plateau technique, pour des disciplines en tension telles que la radiologie et la pneumologie, ce qui a entraîné un changement d'imputation comptable en 2017².

Dans sa réponse aux observations provisoires, la directrice indique qu'afin de réguler ces coûts prohibitifs, elle s'oriente vers un projet de télé-imagerie public en partenariat avec le CHU d'Amiens.

D'autre part, en 2017, l'établissement a régularisé de nombreuses heures supplémentaires dues et non payées. Elles ont été, en partie, transformées en comptes épargne-temps (CET). En comptabilité, deux provisions ont été constituées, d'un montant de plus d'1,23 M€ pour les 75 676 heures supplémentaires restant à payer et de 0,34 M€ pour celles transformées en CET.

Cependant, en 2018, le CHAM est revenu sur ce très important effort budgétaire au moyen d'une écriture comptable de « reprise sur provision », qui était irrégulière dès lors que subsistait un montant important de CET et d'heures supplémentaires restant dues. Cela a eu pour conséquence de majorer le résultat comptable du budget H de 520 000 € au titre de l'exercice 2018. Les détails de cette observation figurent en annexe n° 1.

² Ces dépenses ont ainsi été imputées à l'article 611 « Sous-traitance générale » du titre 2 « Dépenses à caractère médical », et ne l'ont donc pas été en titre 1 « Dépenses de personnel ».

L'établissement a justifié cette reprise sur provision par sa volonté de « pourvoir au paiement éventuel des jours épargnés au titre du CET ». Or, une telle justification est celle qui aurait dû présider à la constitution de provisions, et non pas à une reprise, qui est l'opération inverse. La chambre souligne donc à nouveau l'irrégularité de cette écriture comptable.

La direction de l'établissement a fourni, en toute transparence, des éléments aux conseils de surveillance de mars et juillet 2019. Toutefois, seuls des comptes non altérés auraient permis de communiquer une information fiable sur la situation financière du centre hospitalier.

2.2 L'absence de redressement de la situation financière

L'évolution de la situation financière du CHAM est retracée pour la période 2015-2019 dans le tableau synthétique ci-dessous³. Une présentation plus détaillée est proposée en annexe n° 2.

Tableau n° 1 : Formation de la capacité d'autofinancement brute

(en M€)	2015	2016	2017	2018	2019 ⁴	Variation annuelle moyenne
Produits d'exploitation	89,5	89,7	90,8	92,7	93,9	+ 1,19 %
- dont produits d'exploitation du budget H	66,2	66,5	67,7	68,8	70,0	+ 1,43 %
- dont produits de l'activité hospitalière	60,1	58,5	59,4	60,2	61,6	+ 0,64 %
Valeur ajoutée	64,9	64,8	66,8	68,1	68,8	+ 1,49 %
- dont valeur ajoutée du budget H	47,6	47,3	49,3	50,1	51,1	+ 1,81 %
Charges totales de personnel	65,5	66,6	67,7	70,6	71,2	+ 2,10 %
- dont charges de personnel du budget H	50,6	51,3	52,3	54,5	55,4	+ 2,31 %
Marge brute d'exploitation	6,0	4,5	4,3	3,0	3,2	
Capacité d'autofinancement (CAF) brute	5,0	3,1	3,1	1,7	1,8	
- dont CAF brute du budget H	2,1	0,8	1,0	- 0,4	- 0,1	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers.

En 2016, les produits de l'activité hospitalière ont subi une baisse prononcée de 2,54 %, pour s'établir à 58,5 M€, ce qui aurait nécessité dès cette date l'adoption d'un plan de retour à l'équilibre financier, qui n'est intervenu que mi 2017, d'autant que leur taux de croissance annuelle de 2016 à 2018 s'est révélé insuffisant pour redresser la situation financière de l'établissement.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien directeur a avancé plusieurs explications à ce retard, dont notamment le dialogue de gestion engagé avec l'ARS, la création d'un service de médecine polyvalente, comblant le déficit de l'activité de cardiologie, et la mutualisation des moyens avec l'Unité de soins continus pour la réanimation.

³ Ces données sont présentées avec le retraitement des charges de personnel décrit au point 2.1.

⁴ 2019 : résultats provisoires.

L'un des déterminants majeurs de la santé financière d'un hôpital est l'évolution comparée entre les recettes liées à l'activité et les charges de personnel. Or, tandis que les premières marquaient le pas, les secondes ont cru à un rythme rapide : + 2,93 %/an sur l'ensemble des budgets entre 2016 et 2018, + 4,17 % sur le budget H en 2018.

En 2019, ces dépenses ont progressé, avant retraitement, d'1,5 %, soit + 3,45 % pour le personnel médical et + 0,82 % pour le personnel non médical. Ce dernier chiffre inclut un ralentissement en fin d'année, correspondant à l'entrée en application de certaines mesures de restructurations et d'économies figurant au contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), et dont l'effet devait se prolonger en année pleine à compter de 2020.

Comme l'a indiqué la directrice en réponse aux observations provisoires, l'augmentation très sensible des dépenses de personnel a plusieurs causes :

- le doublement du nombre d'internes depuis le rattachement à la faculté de médecine d'Amiens ;
- les recrutements médicaux dans des spécialités inexistantes dans l'établissement, voire sur le territoire ;
- l'augmentation des temps médicaux partagés CHU/CHAM, dans une logique de création d'équipe médicale de territoire ;
- la nécessité de recourir à l'intérim pour assurer la continuité des organisations et la permanence des soins (Imagerie, Anesthésie, Gériatrie) : 1,7 M€ en 2019, ce qui est une cause majeure de la poursuite de la croissance des dépenses de personnel médical sur cet exercice ;
- le recours à un contrat de participation aux missions de service public en l'absence de praticien dans la spécialité imagerie ;
- le recours à l'intérim dans un secteur paramédical en tension (infirmier anesthésiste) ;
- des litiges ;
- la non-atteinte des objectifs fixés au CREF (absentéisme et intérim médical) ;
- le retard pris à la mise en place de certaines actions du CREF ;
- le rachat d'années de cotisations de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (lié au retard de mises en stage et d'entrée dans la carrière hospitalière, historique de recours à l'emploi précaire).

Les trois premiers points exposés ci-dessus ont concouru, par leur effet sur l'activité de l'établissement, à sa politique de redressement de sa démographie médicale. Ceci sera examiné dans la prochaine partie du présent rapport. Cependant, seuls un suivi rigoureux et un parangonnage pertinent permettraient d'en mesurer les effets attendus en termes d'activité. Or, l'établissement ne dispose pas de tels outils de pilotage.

En 2019, cette politique a, enfin, porté quelques fruits, car le total des produits directement proportionnels à l'activité a, pour le budget H, progressé d'1,33 M€, soit de près de 3 %.

Cependant, la stagnation des dotations ayant un caractère forfaitaire, ainsi que la fin des deux écritures non pérennes qu'ont constitué, en 2018, une importante cession immobilière et les reprises sur provision évoquées plus haut, ont conduit à ce que le résultat 2019 se dégrade à nouveau, avec un déficit comptable atteignant 4 M€.

Sur les dernières années, la marge brute d'exploitation, tous budgets confondus, a décliné de manière quasi-continue, passant de 6 M€ en 2015 à 4,5 M€ en 2016 et seulement 3,1 M€ en moyenne sur 2018 et 2019, alors même qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection générale des finances fait état d'un objectif de taux de marge brute de 8 %. Une évolution parallèle a affecté la capacité d'autofinancement (CAF) brute qui, pour le budget H, est devenue négative en 2018 et l'est restée en 2019, tout en se redressant très légèrement. Or, cet indicateur doit être largement positif pour permettre le financement des investissements.

L'absence d'autofinancement a pour conséquence un très faible niveau d'investissements, ceux-ci étant principalement financés par un prélèvement sur le fonds de roulement et donc sur la trésorerie⁵. La situation de sous-investissement, qui implique un vieillissement sensible des équipements médicaux, n'est pas en adéquation avec les efforts importants menés en matière de personnel médical, fondés sur un objectif d'attractivité, de réputation et de qualité des soins.

Une absence d'investissements, conjuguée à une absence de désendettement, est une situation anormale. De ce point de vue, un indicateur important est la dette bancaire nette, c'est-à-dire la dette brute de l'établissement, moins sa trésorerie. Or, cet indicateur ne baisse pas sur la période, passant de 15 M€ début 2015 à 16,6 M€ fin 2017, et croissant encore de 2,8 M€ en 2018.

⁵ Qui inclut le subventionnement anticipé de 4 M€ reçu en 2014 et se rapportant à son projet de création d'un EHPAD à Étaples, dont les travaux ont récemment été engagés.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

En dépit de la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier et de la mise en œuvre de certaines de ses mesures correctives, le CHAM a vu sa situation financière continuer à se dégrader, principalement sous l'effet de la croissance rapide des dépenses. Le budget principal n'a pas, en 2018 et 2019, dégagé d'autofinancement. De ce fait, l'hôpital investit de moins en moins.

Le résultat comptable de l'exercice 2018 de ce même budget a présenté un déficit minoré, grâce à deux recettes exceptionnelles, dont l'une, de 520 000 €, a été justifiée par un motif qui n'aurait pu être invoqué qu'à l'appui de l'opération inverse.

Bien que l'établissement n'ait pratiquement pas emprunté depuis 2014, le montant de sa dette nette de sa trésorerie ne baisse pas. En effet, le déséquilibre entre dépenses et recettes le contraint, pour faire face à ses obligations, à puiser dans cette dernière.

Au cours du contrôle de la chambre, l'établissement commençait à générer les recettes d'activité attendues de l'augmentation des personnels médicaux. Cependant, la redynamisation durable de l'activité supposerait que le CHAM puisse à la fois investir en ressources humaines et moderniser ses équipements, ce qui reste hypothétique.

3 LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La stratégie, évoquée ci-dessus, consistant à développer largement l'emploi médical afin de générer plus d'activité, résulte d'un diagnostic largement partagé⁶ selon lequel le CHAM pâtissait d'un problème de démographie médicale.

3.1 Un recrutement insuffisant en début de période

La question de la priorité à donner à la couverture en effectifs de l'ensemble des disciplines médicales a, en début de période, donné lieu à des débats nourris avec les représentants du corps médical, qui souhaitaient une politique plus active de recrutement.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien directeur a souligné la nécessité, à l'époque, de pallier des départs soudains et imprévisibles de chefs de service, notamment en radiologie, en cardiologie, eux-mêmes en responsabilité de constituer leurs équipes médicales. Il a également relié les difficultés de recrutement au peu de soutien reçu dans le cadre des collaborations existant à l'époque, question qui s'est trouvée ultérieurement résolue dans le cadre de l'adhésion au GHT « Somme Littoral Sud ». Ce contexte favorable est exposé ci-dessous.

De 2014 à 2016, la part des dépenses de personnel médical dans le total des dépenses de personnel de l'établissement stagnait aux alentours de 25,5 %. À compter de 2017 et surtout de 2018, le CHAM s'est engagé dans une stratégie volontariste pour atteindre au moins 27,5 % à partir de 2019.

Cependant, en dépit de cette volonté, des difficultés persistent. À titre d'exemple, au titre des missions de base d'un hôpital public, la réanimation peut difficilement avoir un effectif réduit des deux tiers par rapport à la norme. Or, à la date de la rédaction du projet médical 2018-2023, celui-ci n'était que de 2,5 ETP⁷ pour un effectif théorique de 8,6 ETP.

⁶ Y compris dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), qui sera examiné plus loin mais dont on peut relever qu'il identifie comme la cause majeure et spécifique du manque de dynamisme des recettes d'activité du CHAM : « *des difficultés conjoncturelles de la démographie médicale* ».

⁷ Équivalent temps plein.

3.2 Les effets du rattachement au groupement hospitalier de territoire⁸ de la Somme

La gradation des soins, une des notions centrales des GHT, ne se limite pas au bénéfice, pour les patients, des consultations avancées que les médecins du CHAM acceptent plus volontiers, depuis quelques années, de tenir au plus près de la patientèle de son territoire – et qui sont développées de la même manière par le CHU d'Amiens en divers sites au sein du périmètre du groupement. En effet, elle a également des impacts positifs sur la gestion même des différents établissements.

Le CHU a ainsi la possibilité de privilégier sa fonction de recours. Dès lors que lui-même et les différents établissements du GHT se partagent une offre de soins hospitalière mieux articulée entre activités de proximité et activités spécialisées, cela crée une solidarité de fait, permettant à la patientèle de suivre de véritables parcours de soins. Dans un tel contexte, dans lesquels les établissements sont davantage en situation de complémentarité que de concurrence, le CHAM se considère moins « à la merci » d'un déficit soudain et important de ressource humaine médicale dans telle ou telle spécialité.

La même solidarité s'est développée avec le centre hospitalier d'Abbeville, également membre du groupement.

Le GHT « Somme Littoral Sud » est ainsi bien engagé dans la démarche de synergie et de réorganisation territoriale prescrite par la loi et qui devrait le conduire, au 1^{er} janvier 2021, à une gestion mutualisée des ressources humaines médicales.

Ce soutien en termes de démographie médicale s'étend également au besoin qu'a le CHAM d'anticiper les départs à la retraite d'un nombre relativement important de spécialistes de la même génération. Cette question du renouvellement des personnels médicaux permanents renvoie à celle de l'attractivité à l'égard des internes. L'adhésion au GHT a eu, à ce titre, pour conséquence, un rattachement de l'établissement, au 1^{er} mai 2018, à la faculté de médecine d'Amiens, ce qui a permis un doublement de leur nombre entre 2017 et 2018. Leur effectif pourrait, à l'avenir, se stabiliser à un niveau bien supérieur à ce qu'il était quand l'hôpital dépendait de l'université de Lille.

De plus, accueillir dans le pays du Montreuillois des internes en provenance d'Amiens pourrait constituer une perspective intéressante pour ces étudiants.

⁸ Le GHT « Somme Littoral Sud » est composé du CHAM, du CH d'Hesdin, et de l'ensemble des centres hospitaliers de la Somme, à savoir : le CHU d'Amiens, les CH d'Abbeville, de Doullens, de Montdidier-Roye, d'Albert, de Corbie, le CH intercommunal de la Baie de Somme et le CH Pinel.

3.3 La difficulté à confirmer la pertinence de cette stratégie

L'examen de la situation financière du CHAM ne permet pas encore de confirmer la pertinence de sa stratégie de renforcement de la démographie médicale. En effet, l'établissement est censé combiner le redressement financier qui lui est spécifiquement demandé, avec les gains de productivité attendus de l'ensemble des hôpitaux. Par ailleurs, l'arrivée de nouveaux médecins ne permet d'améliorer substantiellement les comptes qu'après un certain délai, correspondant à la période de constitution de leur patientèle.

Or, faute de données médico-économiques pertinentes, le système d'information du CHAM ne peut déterminer à quelle échéance et à quelle hauteur les récents recrutements médicaux auront contribué de manière positive à ses équilibres financiers.

En réponse aux observations provisoires, la directrice indique que les outils de pilotage médico-économiques sont effectivement à conforter, notamment grâce à un système d'information plus performant (programme Hopen), mais que des points positifs pouvaient être relevés :

- la création, en 2017, d'une cellule de contrôle de gestion, rattachée à la direction générale en octobre 2018 ;
- l'utilisation des résultats de la base de coûts d'Angers, comme cela sera noté plus loin dans le cadre de l'analyse du contrat de retour à l'équilibre financier ;
- la relation avec les pôles, lesquels sont destinataires de façon périodique de tableaux de bord permettant de vérifier l'évolution de leurs principaux indicateurs de gestion, sont l'objet, depuis l'exercice 2018, de comptes de résultats analytiques par pôle et par spécialité, et en direction desquels devrait être initiée une démarche fondée sur la délégation de gestion et la contractualisation interne.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La direction du CHAM a pris conscience de la nécessité de mener une action résolue afin de redresser sa démographie médicale et ses indicateurs d'activité. L'adhésion au GHT « Somme Littoral Sud » lui offre des perspectives favorables en la matière. En effet, la proximité du CHU d'Amiens, ainsi que la synergie de moyens offerte par le groupement, permettent des améliorations aussi bien en termes d'attractivité pour le recrutement d'internes, que d'organisation de consultations avancées de praticiens hospitaliers venant exercer à Rang-du-Fliers pour une partie de leur temps.

Néanmoins, ces dépenses supplémentaires de personnel médical n'ont encore généré que peu de recettes additionnelles, le CHAM ne disposant pas, par ailleurs, d'outils d'analyse économique lui permettant de s'assurer de la montée en puissance de ses recettes liées à l'activité.

4 LE CONTRAT DE RETOUR À L'ÉQUILIBRE FINANCIER ET SON EXÉCUTION

La signature avec le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) visant à améliorer le résultat annuel de l'établissement de plus de 4 M€, soit de l'ordre de 6 % de la production du budget H (seul concerné), a été l'évènement le plus marquant de la période de 2014 à 2019, contrôlée par la chambre.

4.1 L'engagement de la démarche et le diagnostic porté

Comme le relevait déjà une analyse financière de la comptable publique, datée de novembre 2017, le CHAM remplissait, dès que ses comptes 2015 ont été connus, un des critères, à savoir le niveau atteint par son déficit comptable, pour qu'un plan de retour à l'équilibre financier lui soit prescrit.

Les premiers documents en ce sens et dont la chambre a eu connaissance, ont été des courriers du 29 avril et du 27 mai 2016 de l'autorité de tutelle. Les 9 mai et 6 juin de la même année, le directeur de l'établissement en a informé le directoire.

Ce n'est cependant qu'après l'arrivée de la directrice actuelle, en mai 2017, qu'un plan de retour à l'équilibre a été établi, et le contrat signé avec l'ARS.

Sa validation par l'autorité de tutelle en fait un acte juridiquement défini comme étant un « avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens »⁹. Dans sa partie littéraire, il comporte un exposé des principales données d'activité de l'établissement.

Ces données prennent la forme d'un classement des disciplines médicales pour lesquelles le CHAM gagne des parts de marché, et de celles, plus nombreuses, où il en perd. Cependant, en préalable, cette tendance générale est replacée dans le contexte des difficultés conjoncturelles de la démographie médicale, telles qu'examinées plus haut. Il est également précisé que « la part de marché globale de l'établissement diminue de 3 points entre 2014 et 2016. L'activité tend à se reporter pour un point sur le groupe Hopale, un point pour le CH de Boulogne, et un point pour la clinique Les Acacias ».

⁹ Le 31 décembre 2018, l'établissement a signé, pour la période 2019-2024, un nouveau contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), sous la forme d'un « CPOM socle », en attente de l'élaboration et de la négociation des différentes annexes qui y sont annoncées et qui lui donneront son sens. À la date du contrôle de la chambre et selon le CHAM, « les annexes au CPOM socle ont fait l'objet de discussion et sont désormais actées avec l'ARS ». Le point crucial des négociations était la demande de l'établissement d'inscrire dans ce contrat la possibilité de recourir aux contrats de cliniciens sur les disciplines médicales en tension sur le plan démographique (anesthésie, imagerie). L'ARS a autorisé cette pratique à hauteur de 4 ETP de contrats de cliniciens sur 6,3 ETP demandés.

Le CREF avait un objectif d'amélioration du résultat annuel du budget H de 4,3 M€. Pour la chambre, son effet réel¹⁰ pouvait être envisagé, à la date de son contrôle, à hauteur de 2,8 M€, soit une baisse de 35 % par rapport à la cible.

Tableau n° 2 : Estimation des économies réelles du CREF

	En milliers d'euros
Montant théorique initial	4 296
Erreurs de méthodologie consistant en une confusion entre chiffre d'affaires annuel et amélioration annuelle de ce chiffre d'affaires	- 372
Absence de toute prise en compte de dépenses de personnel médical supplémentaires alors qu'elles sont la contrepartie indispensable des gains prévus	- 100 ¹¹
Absence de prise en compte du coût des travaux pour la fiche « CAPA 1 » (regroupement des unités de chirurgie conventionnelle)	- 64
Actions n'ayant donné aucun résultat positif ¹²	- 971
Montant rectifié	2 789

Source : chambre régionale des comptes à partir des données de l'établissement.

Dans le détail, la chambre a analysé, pour diverses actions de redressement, la manière dont elles ont été définies, leurs résultats à la fin 2018 et ceux, provisoires, à la fin de 2019. Elle observe que les fiches de présentation des actions prévues ont souvent été établies de manière peu précise et peu favorable à un suivi aisé de leur mise en œuvre.

4.2 Les gains sur les fonctions support

Des économies ont été prévues dans le CREF, pour un impact annuel final de 810 000 €, sur les fonctions suivantes : bio-nettoyage, restauration, achats et stocks.

¹⁰ Ces corrections ne prennent pas en compte le fait qu'en principe, un contrat de retour à l'équilibre financier ne devrait être constitué que des mesures distinctes de celles qui traduisent des améliorations entrant dans le cadre d'une gestion ordinaire. Or, la manière dont le CREF du CHAM a été bâti ne respecte pas toujours ce caractère additionnel.

¹¹ Estimation de la directrice du CHAM, dans sa réponse.

¹² Actions CAPA 2 (hospitalisation de semaine), RH 1 (absentéisme), PMT 2 (activité externe du laboratoire) et DEV 1 (endoscopies). Celle (intérim médical) dont la chambre avait estimé, dans ses observations provisoires, que, malgré un bilan aujourd'hui négatif, elle pourrait un jour donner de bons résultats, n'a pas été prise en compte. Les 239 400 € de la psychiatrie ne l'ont pas été non plus, malgré la proposition en ce sens de la directrice dans sa réponse, notamment dans la mesure où la chambre ne les avait pas retenus de manière certaine dans ses observations provisoires.

4.2.1 La fonction bio-nettoyage

En recourant à la base d'Angers¹³, il a été possible de déterminer que la fonction bio-nettoyage coûtait plus cher au CHAM (46,37 €/m²) que dans les établissements similaires (entre 25 et 30 €/m²).

Une nouvelle organisation du bio-nettoyage a été définie, au dernier trimestre 2017, entre la direction des soins et la responsable de la centrale de bio-nettoyage. Parallèlement, des entretiens individuels ont été menés par la direction des ressources humaines avec chacun des agents pour identifier les souhaits de départs à la retraite, de reconversions et autres évolutions professionnelles.

Après présentation aux instances, la nouvelle organisation a été déployée à partir de février 2018, en tenant compte des départs en retraite prévus et du redéploiement des agents dans d'autres services.

À partir de la fin de l'année 2018, elle a permis, comme prévu, de gagner dix équivalents temps plein (ETP), sous forme de départs ou de réaffectations. Cette mesure a dégagé une économie de 350 000 €/an¹⁴.

4.2.2 La restauration et les achats

En matière de restauration, les économies attendues n'étaient définies que de manière approximative lors de l'élaboration du CREF, seul un constat global de surcoût ayant été établi, par parangonnage. Les mesures à prendre ont nécessité une démarche d'audit. Au moment du contrôle de la chambre, le gain cumulé était évalué à +118 000 € en projection pour la fin 2019, et, selon la réponse aux observations provisoires de la directrice, l'objectif de 150 000 € devait être atteint en année pleine. Les leviers qui ont pu être mis en œuvre sont la renégociation de marchés, notamment pour l'achat de pain et de boissons, ainsi qu'une clarification du partenariat dans le cadre du groupement de coopération sanitaire avec l'hôpital de Calais, permettant une collaboration plus rationnelle.

L'action PHARE 1, « Définir une politique d'achats permettant d'obtenir des "gains achats" et de réaliser des économies » a permis d'afficher des gains importants¹⁵, et cela grâce à la pharmacie, avec des économies de plus de 150 000 €, deux années de suite. Or, ceci n'a pu être justifié à la chambre. En effet, la seule action d'optimisation d'une ampleur comparable à avoir été identifiée concernait un marché de robotisation d'analyses biologiques, ce qui ne relève pas de la pharmacie. Par ailleurs, même si des effets volume sont à prendre en considération, les comptes du CHAM ne corroborent pas ces économies. En effet, ils montrent une hausse des dépenses de pharmacie, même corrigées des recettes afférentes (rétrocessions de médicaments, ainsi que des molécules onéreuses facturées en plus des séjours).

¹³ La base d'Angers est un référentiel de coûts pour les activités non cliniques d'un établissement de santé. Il est élaboré par le CHU d'Angers avec la participation d'une centaine d'établissements de santé.

¹⁴ Ce chiffre n'est pas cohérent avec l'annexe numérique du CREF qui indique que le but était d'arriver à un coût de 35 €/m², pour une surface de 40 000 m², une économie de 454 800 €/an.

¹⁵ 225 000 € dès 2018 contre seulement 111 000 € attendus, 467 000 € en résultat annuel en 2019 contre 222 000 € attendus.

4.3 Des effets surestimés pour l'augmentation de la capacité de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire et pour la facturation des chambres individuelles

Une des actions¹⁶ qui a le plus contribué au CREF est celle intitulée « VALO 1 : Améliorer l'exhaustivité de la facturation des chambres particulières », ainsi rédigée :

« La valorisation des recettes liées à la facturation des chambres particulières est encore perfectible : le montant facturé en 2016 par le CHAM à ce titre n'est que de 260 000 €, alors que le potentiel de facturation serait bien supérieur (si l'établissement procédait à une facturation exhaustive). L'objectif est donc d'améliorer l'exhaustivité de la facturation, et ce lorsque la chambre particulière est facturable à la mutuelle du patient. Pour cela, dès l'été 2017, l'établissement a engagé une réflexion visant à la rationalisation de son processus de facturation, afin d'éviter les pertes de recettes liées à un défaut d'exhaustivité : cette réflexion a concerné tous les acteurs impliqués (cadres de santé, personnel soignant, responsable des admissions facturations, agents des admissions / ou de la facturation). Cette réflexion a permis dès 2017 d'augmenter fortement les recettes liées à la facturation des chambres particulières ».

Les résultats de cette action sont plutôt satisfaisants, mais leur évaluation, tant *a priori* qu'*a posteriori*, souffre d'une erreur méthodologique : les 260 000 € existant dès 2016 n'ont jamais été soustraits des chiffres ultérieurs, alors que ceux-ci étaient censés ne retracer que l'amélioration relative induite par le CREF.

Cette erreur¹⁷ affecte principalement le chiffrage de l'impact de l'action en 2017¹⁸, ainsi que, pour chacune des années ultérieures, son incidence cumulée sous forme du montant annuel de recettes supplémentaires par rapport à la situation de référence initiale. Pour ce dernier indicateur, le résultat réel à fin 2018 est donc seulement une augmentation de 638 000 € des recettes annuelles.

Cette observation n'est pas un cas isolé, car la même confusion, pour un impact comparable, existe pour la mesure DEV 2 relative à la création d'une activité de chirurgie reconstructrice.

¹⁶ Chacune des actions ou mesures du CREF fait l'objet d'une fiche de présentation.

¹⁷ *A contrario*, l'impact spécifiquement imputable à l'action menée en 2018 est calculé selon une méthodologie satisfaisante, donnant bien l'écart entre les montants facturés en 2017 et en 2018.

¹⁸ Cette erreur de raisonnement, conduisant à prévoir un impact de l'ordre de 730 000 €, est d'autant plus étonnante que, quelques mois après avoir finalisé le PRE et quelques mois avant de remplir son évaluation, le rapport d'accompagnement du compte financier 2017 du CHAM donnait le bon ordre de grandeur pour cette mesure, la seule du PRE à avoir un impact sur 2017. On peut en effet y lire : « 1.2.3. Les autres produits (Titre III) sont très supérieurs à nos prévisions initiales et au réalisé de l'année précédente, en lien avec l'application des premières mesures du PRE ... / Facturation des chambres particulières : la facturation des chambres particulières sera supérieure d'environ 450 000 € par rapport à ce qui était prévu à l'EPRD initial 2017. Cette amélioration est à mettre en lien direct avec l'application des premières mesures prévues au PRE : l'une d'elles visait en particulier à améliorer l'exhaustivité de la facturation des chambres particulières ».

En effet, cette action annonçait une « évolution » des recettes de + 209 621 € en 2018 puis de + 359 350 € en 2019, conduisant à un « impact cumulé sur le résultat H » de 568 971 € cette dernière année, de même que pour chacun des exercices suivants. En réalité, le chiffre d'affaires attendu de façon pérenne était de seulement 359 350 €/an.

Une erreur similaire joue en sens inverse sur l'évaluation globale du CREF. Il s'agit de l'action AMBU 1, qui décrit les investissements nécessaires pour augmenter la capacité de l'unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires. Ces travaux étant estimés à 734 700 €, il en résulte des amortissements annuels, sur 15 ans, de 48 933 €. Or, le contrat suppose que ce coût annuel pour le compte de résultat est croissant d'une année sur l'autre : 48 933 € en 2019, deux fois plus au résultat 2020, trois fois plus au résultat 2021. Au contraire, des amortissements sont conçus pour répartir sous forme d'annuités, souvent égales entre elles, un investissement global. Il convient donc de réduire de 97 866 € l'impact négatif de cette action sur l'équilibre pérenne du CREF.

Ainsi, une surestimation totale de 372 000 € affecte, au travers de ces trois actions, « l'impact sur le résultat H cumulé » du CREF, le ramenant d'ores et déjà de 1 474 000 € à 1 102 000 €.

D'autres observations relatives aux mesures DEV 2 et AMBU 1 sont développées plus bas. D'après l'établissement, la facturation des chambres individuelles pourrait permettre une économie de près d'1 M€. Cependant, aucune progression sensible ne devrait être constatée en 2019.

4.4 Les restructurations de services

Trois actions relatives aux capacités d'accueil, intitulées CAPA 1, CAPA 2 et CAPA 4, figurent au CREF pour un impact final affiché de 803 000 €¹⁹. Les deux premières concernent la chirurgie, et la troisième, qui est la dernière par ordre chronologique puisqu'elle ne devait avoir d'effet qu'en 2021, la psychiatrie.

4.4.1 L'articulation entre le développement de la chirurgie ambulatoire et la restructuration du service de chirurgie

Depuis plusieurs années, le CHAM mène, pour combler le rattrapage de son retard en matière de chirurgie ambulatoire, une politique qui, globalement, n'appelle pas d'observation.

Au sein du CREF, l'action « AMBU 1 » citée plus haut est intitulée « *Extension de la capacité de l'unité de chirurgie ambulatoire²⁰ de 9 à 14 places* ». Le chiffrage des coûts correspond aux amortissements des travaux réalisés en 2019, soit 48 933 € par an pendant 15 ans. Il est la contrepartie du fait que de nombreuses autres mesures ne comportent que des gains, soit par une augmentation de recettes, soit par une diminution de dépenses. Cependant,

¹⁹ CAPA 1 : 81 437 € ; CAPA 2 : 482 534 € ; CAPA 4 : 239 400 €.

²⁰ Également dénommée UCAA (unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoires).

comme cela sera exposé plus loin, cette contrepartie est insuffisante, car des actions correspondant à des activités médicales nouvelles ne peuvent être mises en œuvre sans, au minimum, des dépenses nouvelles de personnel médical.

En ce qui concerne le personnel non médical, le CHAM a précisé que le passage de 9 à 14 places se ferait « en principe à ETP constants, mais avec éventuellement des renforcements en fonction de la croissance de l'activité ». À la date du contrôle de la chambre, l'unité de chirurgie ambulatoire avait été inaugurée, et elle devait contribuer au CREF en année pleine à partir de 2020, soit un léger décalage par rapport au calendrier initial.

Cette création s'est prolongée par un regroupement de la chirurgie gynécologique et des autres activités de chirurgie. Cette action « CAPA 1 » est fondée sur le constat que « *L'organisation existante de la chirurgie au CHAM est très consommatrice de ressources humaines, en raison de la dispersion des unités en 3 lieux différents (aux niveaux 1 et 3) : 2 ailes de 19 et 21 lits, ainsi que 7 lits de chirurgie gynécologique* ». Le centre hospitalier a procédé à une première partie des réorganisations envisagées, en faisant « *passer une aile de chirurgie (« CHIR 1 ») de 21 à 26 lits en la fusionnant avec les 7 lits de gynécologie (qui ont donc été remontés)* ».

Ceci nécessitait des dépenses supplémentaires par rapport à l'action AMBU examinée ci-dessus²¹. Là encore, il était prévu que « Le surcoût lié à l'amortissement des travaux (soit) pris en compte dans le chiffrage de l'action ». Or, contrairement à ce principe, qui avait été respecté pour l'action AMBU, aucune dépense financière n'est présente, pour l'action CAPA 1, dans le chiffrage ayant conduit à l'estimation d'un gain global de 4,3 M€ pour le CREF.

Son économie n'était donc pas retracée correctement. La chambre maintient cette observation en dépit de la réponse de la directrice, selon laquelle ces amortissements n'avaient pas à être pris en compte au motif que les investissements seraient « financés par reprise sur provision ». En effet, quel que soit le mode de financement, l'important est de procéder à une analyse de l'économie du projet mettant en regard, d'une part, ses coûts, qu'ils soient représentatifs de fonctionnement ou d'investissement, et, de l'autre, les recettes réelles qu'il génère.

4.4.2 La psychiatrie

L'action CAPA 4 est intitulée « *Réorganisation du capacitaire d'hospitalisation complète de psychiatrie* ». Le bâtiment de psychiatrie est constitué de trois ailes, dont deux qui devaient, dans le cadre de cette action, être légèrement étendues, ce qui aurait libéré la troisième pour d'autres projets.

²¹ Le montant de ces dépenses supplémentaires est incertain. En effet, à la lecture de cette fiche, cette dépense « CAPA 1 » était de 957 000 €, les deux actions étant bien distinguées et identifiées chacune à hauteur de son propre montant. Inversement, selon la réponse de la directrice, ces 957 000 €, ramenés ultérieurement à environ 900 000 €, seraient une enveloppe globale, se répartissant entre trois quarts pour l'action AMBU 1 et un quart pour l'action CAPA 1.

Le CREF prévoyait une signature des marchés de travaux en novembre 2018, et un démarrage du chantier en janvier 2019. Les réponses aux mises en concurrence n'ont été connues qu'à l'automne 2019. Leur résultat a conduit la direction à considérer qu'il rendait cette action sans intérêt sur le plan économique, et à y renoncer. Ceci relativise la marge de gains apparaissant au CREF puisque, dans ce dernier, les économies brutes (420 000 €/an) étaient censées être plus de deux fois supérieures aux coûts induits (180 600 € de charges financières), sans parler de l'avantage de libérer une aile complète du bâtiment.

Par ailleurs, l'annulation de ce projet prive d'objet la subvention d'1 M€, qui avait été encaissée de façon anticipée, par le CHAM, pour cette opération.

4.5 Le développement ou le renforcement de certaines spécialités

Les mesures DEV 2 à DEV 5²² du CREF, dont l'objet est de développer de l'activité et donc des recettes et dont l'impact total est prévu à hauteur de 966 000 €, ne chiffrent que des produits supplémentaires, gain brut censé devenir net puisqu'aucune charge correspondante n'est indiquée, pas même à la ligne « personnel médical »²³.

En réponse aux observations provisoires, le directeur général de l'ARS et la directrice du CHAM font valoir que ces développements d'activité sont prévus à moyens constants, et donc sans dépense nouvelle de personnel médical. Pour la chambre, cela va à l'encontre du contenu même de l'ensemble de ces actions « DEV », qui indiquent systématiquement, de la manière la plus claire, que des recrutements ou renforts médicaux sont à leur fondement, et qu'elles en dépendent entièrement.

Ainsi, les 525 000 € de gains annuels prévus à partir de 2018, les 966 000 € espérés de manière pérenne à partir de 2019, les 444 000 € déclarés comme réalisés en 2018, et les 1 013 000 € estimés pour 2019, étaient très largement surestimés.

Le CREF inclut, par ailleurs, une mesure « PMT 2 : Développer l'activité externe du laboratoire », fondée sur un objectif d'« augmentation en volume de B²⁴ de 5 % de 2018 à 2019, et de 5 % de 2019 à 2020 ». Cette action suppose notamment une amélioration de la signalétique, donc quelques dépenses spécifiques, non prises en compte.

La fiche correspondante prévoyait les mêmes gains, mais entre 2017 et 2019, et ceci pour un total de 50 000 €/an à la fin 2019. Or, le résultat obtenu en 2018 est négatif et, selon un document complémentaire remis en fin de contrôle, il le serait même à hauteur de - 125 000 €, quoique ce chiffre soit difficilement compréhensible. Pour 2019, le nombre de « B » produits amorcerait enfin une remontée, mais n'effaçant pas en totalité la chute de 2018.

²² Chirurgie reconstructrice / diabète gestationnel / polysomnographie / électro-convulsivothérapie.

²³ Comme indiqué plus haut, le fait que la fiche AMBU 1 présente des charges, est une contrepartie très insuffisante à ce déséquilibre.

²⁴ B : analyses biologiques.

Celle-ci a été expliquée par le fait que « *les établissements qu'il s'agit de concurrencer ne restent pas inertes, et on constate aussi des pertes de patientèle* ». Par ailleurs, l'indicateur choisi n'aurait pas été le bon, dans la mesure où le CHAM aurait, en réalité, visé un accroissement des recettes « semi-externes », générées par les patients qui, soit doivent faire des examens le jour même de leur passage en consultation externe, soit y reçoivent une ordonnance pour faire des analyses un autre jour (notamment s'ils doivent être à jeun).

En tout état de cause, cette action illustre à nouveau un CREF établi d'une manière peu précise et peu favorable à un suivi aisé de sa mise en œuvre.

4.6 Les économies en matière de ressources humaines

Deux actions étaient prévues en matière de ressources humaines, pour un impact final de 495 000 €²⁵.

L'action RH 2 « *Limiter le recours à l'intérim médical* » est justifiée par l'idée que cette pratique nuit à la réputation médicale, à la fidélisation de la patientèle et entraîne des surcoûts.

Un tel objectif est une mesure de bonne gestion qui pouvait être développée par l'établissement indépendamment du CREF, et ne concourt donc pas à une évolution attendue différenciée du CHAM par rapport à d'autres établissements, non concernés par un CREF. Elle propose de « *limiter progressivement sur 3 ans le surcoût dû au recours à l'intérim médical [par rapport aux rémunérations du personnel médical du CHAM], grâce à une politique de recrutement active dans les spécialités concernées (en particulier l'imagerie, ou encore la pneumologie)* ».

Compte tenu de cette définition, l'intention de l'établissement était que l'indicateur soit la réduction du seul surcoût de l'intérim, par différence avec des rémunérations normales de personnel médical. Cependant, par suite d'une erreur de libellé, le CREF a chiffré cette action à hauteur des dépenses totales d'intérim. L'erreur induite était de l'ordre de 40 %. De ce fait, seuls 60 % des chiffres figurant dans l'action RH 2 correspondaient à une véritable économie.

En exécution, à la lecture des chiffres ci-après, transmis par la directrice en réponse aux observations provisoires de la chambre, les résultats sont très éloignés de ce qui était prévu.

²⁵ RH 1, « *Développer une politique de prévention de l'absentéisme* » : 175 000 € ; RH 2, « *Limiter le recours à l'intérim médical* » : 320 000 €.

Tableau n° 3 : Dépenses d'intérim médical

(en milliers d'euros)	2016	2017	2018	2019
Évolution par rapport à l'année précédente, telle qu'attendue au CREF			- 53	- 133
Évolution par rapport à l'année précédente, réalisée		- 369	- 29	+ 466
Total général intérim, réalisé	1 659	1 290	1 261	1 727
dont : Urgences/SMUR	221	26	15	5
dont : Imagerie Médicale	437	376	305	189
dont : Pédiatrie/Néonatalogie	261	-	23	31
dont : Anesthésie	667	594	420	955
dont : Médecine Gériatrique	-	80	171	246
dont : Réanimation Polyvalente	-	110	155	77

Source : chambre régionale des comptes à partir des données de l'établissement.

La seule discipline bénéficiant d'une amélioration continue est l'imagerie, pour laquelle les intérimaires sont remplacés, non pas par des titulaires, mais par des contrats d'accès au plateau technique, plus coûteux pour l'hôpital.

Dans le rapport d'accompagnement au compte financier 2018, le CHAM indique que « L'évolution des charges de personnel médical est très dynamique et s'établit à + 7 % par rapport au réalisé 2017 en masse salariale ». Après prise en compte des données communiquées par l'hôpital sur ces contrats d'accès au plateau technique, la chambre relève que ce pourcentage est en réalité, à périmètre constant, de + 11,39 %. Elle recommande donc que, dans les différents documents de présentation des actes budgétaires et comptables, l'hôpital fasse apparaître les dépenses de personnel médical en prenant en compte l'ensemble de leurs composantes, incluant à la fois l'intérim, les contrats de cliniciens et les contrats d'accès au plateau technique.

La maîtrise des dépenses de personnel médical est particulièrement délicate, en particulier dans un contexte de volontarisme en matière de démographie médicale. La directrice du CHAM a cependant fait part à la chambre, en cours de contrôle, de sa volonté de réviser les contrats de permanence des soins, par comparaison entre les services réels des médecins concernés et ce qu'ils déclarent. Cette action pourrait permettre de gagner 0,3 M€ en année pleine.

Quant aux dépenses de personnel non médical, outre les diverses actions, notamment relatives aux fonctions support et à la capacité d'accueil, qui visaient à identifier des gisements possibles d'économies, elles étaient également concernées par l'action RH 1.

Le taux d'absentéisme pour maladie ordinaire étant passé de 3,11 % en 2015 à 4,19 % en 2017, cette mesure visait, par une approche qualitative et par la valorisation du présentisme, à revenir, en 2019, au taux de 2015. Cependant, la tendance à la hausse s'est poursuivie.

Lors du contrôle de la chambre, la direction du CHAM a signalé d'autres causes en particulier une gestion déficiente des horaires de travail, liée à des insuffisances dans la définition des plannings, pour lesquels il existerait seulement un accord-cadre de 2013, qui n'aurait jamais été décliné opérationnellement.

Un fort taux d'absentéisme désorganisant le fonctionnement de l'hôpital et nuisant au bon exercice de ses missions, la mise en place d'un dispositif incitatif favorisant le présentéisme, à la fois aux plans individuel et collectif et négocié dans le cadre d'un dialogue social, pourrait s'avérer compatible avec la stratégie du CHAM, tendant à développer ses recettes d'activité par une réputation accrue de ses équipes.

Recommandation unique : dans les différents documents de présentation des actes budgétaires et comptables, faire apparaître les dépenses de personnel médical en prenant en compte l'ensemble de leurs composantes, incluant l'intérim, les contrats de cliniciens et les contrats d'accès au plateau technique, donc y compris quand celles-ci sont comptabilisées en titre 2.

4.7 Appréciation d'ensemble sur le plan de retour à l'équilibre financier

Les constats de la chambre montrent que depuis la mise en place du CREF, la situation financière du CHAM s'est, au mieux, stabilisée, voire a continué à se dégrader.

Les effets du contrat ont été surestimés à l'origine et celui-ci a, pour partie, été exécuté de manière incomplète. De plus, dès lors que certaines de ses mesures peuvent s'analyser comme une amélioration de la productivité comparable à ce qui était attendu de tout hôpital, les actions spécifiquement dédiées au besoin de redressement sont modestes.

Cependant, dans la mesure où le contrat a été élaboré à un moment où l'établissement voyait ses comptes se dégrader, la stabilisation relative de sa situation financière peut être regardée comme un premier résultat encourageant.

Ce CREF a ainsi représenté une rupture avec l'évolution qui caractérisait le CHAM en ce qui concerne son niveau d'activité.

Il a également permis de rectifier, sans difficulté majeure, deux anomalies (coût du bio-nettoyage et facturation des chambres particulières), qui auraient d'ailleurs dû être corrigées plus tôt.

Un enjeu important pour le CHAM réside dans la gestion de ses effectifs. En présence d'un ratio trop faible de dépenses de personnel médical par rapport au personnel non médical, l'établissement a fait le choix de développer les dépenses de personnel médical dans l'espoir que les recettes d'activité suivent, sans pour autant supprimer de nombreux postes afin de préserver la cohésion sociale.

Par ailleurs, le centre hospitalier a pu consolider ses fondamentaux : poursuivre le rattrapage de son retard en matière d'ambulatoire et améliorer son indice de performance des durées moyennes de séjour.

Sur ces bases, une nouvelle version de son CREF est à envisager. En effet, au moment du contrôle de la chambre, avec un déficit annuel qui n'était que stabilisé, l'établissement consommait à un rythme rapide son fonds de roulement et sa trésorerie. Il serait donc de bonne gestion de répondre notamment aux points ci-après.

Tout d'abord, les erreurs méthodologiques, notamment celles qui ont conduit à surévaluer l'impact du contrat de retour à l'équilibre, doivent être corrigées.

Le projet de passage à l'hospitalisation de semaine étant abandonné, d'autres inflexions organisationnelles, à l'exemple de la création, il y a quelques années, du service de médecine polyvalente, pourraient être étudiées.

La question de la démographie médicale n'a été résolue qu'en partie par l'hôpital. La situation s'est améliorée, aussi bien grâce à son inclusion dans le GHT « Somme Littoral Sud » qu'aux actions de développement de son activité. Le CHAM se trouve désormais dans un rapport de force moins défavorable qu'auparavant vis-à-vis des médecins des disciplines en tension. Pour autant, les recrutements médicaux statutaires restent à privilégier, afin de réduire les situations dérogatoires coûteuses comme le recours à l'intérim médical, la sous-traitance par contrat d'accès au plateau technique, ou contrats de cliniciens.

Par ailleurs, l'élaboration des calendriers de présence et leur mise en œuvre effective conditionnent la maîtrise de l'absentéisme.

En réponse aux observations provisoires, la directrice a indiqué que « des insuffisances organisationnelles structurelles sur la gestion de planning, mais également la défaillance d'un système d'information obsolète sur la gestion du temps de travail, ont été mises en lumière postérieurement à l'élaboration du CREF » et précisé que l'établissement s'était engagé dans un chantier d'envergure sur ce sujet.

L'établissement ayant élaboré ses documents stratégiques²⁶, garants d'une bonne adéquation de l'offre de soins à ses caractéristiques particulières et aux besoins de sa patientèle, et la mise en œuvre du CREF s'étant faite dans le souci de préserver la cohésion sociale, le CHAM dispose désormais d'un contexte favorable à la mise en œuvre de nouvelles initiatives.

Parmi les situations particulières auxquelles il doit faire face, figure le secteur mère-enfant, structurellement déficitaire. Même si, sur son territoire, la natalité a baissé un peu moins qu'ailleurs, les tendances démographiques générales²⁷ sont déterminantes. La recette issue de la tarification à l'activité (T2A) étant liée au nombre de séjours (groupes homogènes de séjours), cette activité reste difficile à équilibrer²⁸ dès lors que l'hôpital supporte 85 % de coûts fixes, notamment en raison des normes réglementaires de présence de personnels.

²⁶ Projet médical, projet d'établissement.

²⁷ Nationales et régionales : - 120 000 naissances en Hauts-de-France en 7 ans.

²⁸ Le CHAM a, par ailleurs, fait valoir qu'une maîtrise optimisée est également difficile quand, parfois, 75 % des hospitalisations font suite à des entrées aux urgences, notamment en traumatologie, ce qui constitue une part non programmable très élevée. La saisonnalité de cette activité, avec des pics en été et les week-ends, constitue également une contrainte pour une partie importante de son personnel.

En matière de soins de suite et de réadaptation (SSR), il indique qu'il reste défavorisé par le fait que le ratio de modulation n'est toujours que de 10 %, alors même que le modèle de la T2A devrait lui être favorable.

Inversement, il se peut que certains de ses budgets annexes bénéficient d'une économie favorable, ce qui semble être le cas avec l'ouverture prochaine de son EHPAD d'Étaples, mieux situé que les établissements au sein desquels ces ouvertures de lits vont être compensées, et dans un contexte budgétaire favorable du fait de l'arrêt programmé de la constitution de provisions et de la possibilité de procéder, à l'inverse, à des reprises.

Chaque composante de l'hôpital devant s'engager dans le CREF, le centre hospitalier doit également travailler à une nouvelle contractualisation interne. Ainsi, les contrats de pôles pourraient notamment cibler le codage des actes, afin de parvenir à une meilleure exhaustivité des recettes d'activités : consultations externes, actes infirmiers, recouvrement des parts mutuelles, poursuite de l'amélioration de la facturation des chambres individuelles.

En réponse aux observations provisoires, la directrice a précisé qu'il convenait de relancer la contractualisation avec les pôles ainsi que la délégation de gestion, jamais expérimentée dans l'établissement. À cet effet, le pilotage médico-économique devrait s'appuyer sur une comptabilité analytique par pôle, de façon à faire ressortir la contribution au résultat des différents types d'activités.

En cours de contrôle, il avait été indiqué à la chambre qu'« en l'état, le système d'information médico-économique ne permet pas de répondre à la question du calcul de la contribution de chaque activité à la marge brute de l'hôpital. Nous approchons des comptes de résultats analytiques par pôle et service. La compatibilité analytique (...) est en cours de construction et la fiabilité des données reste à vérifier. Les analyses et impacts sont toutefois effectués lors des recrutements médicaux, soit parce qu'ils impliquent un développement d'activités, soit parce qu'ils permettent d'envisager la baisse des recours à l'intérim médical ou la pérennité des activités en risque de rupture ».

À l'avenir, en fonction des orientations de la tutelle après l'état d'urgence sanitaire, l'établissement devra travailler à une nouvelle version du contrat, plus fiable dans le calcul des économies attendues et plus aboutie en matière de contractualisation interne, au niveau de chaque pôle.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CHAM a signé avec l'agence régionale de santé un contrat de retour à l'équilibre financier dont l'effet cumulé devait améliorer de près de 4,3 M€ les résultats annuels de son budget principal.

Or, des erreurs méthodologiques affectaient le calcul de l'impact des économies à réaliser en plusieurs années. De plus, les dépenses induites de personnel médical, nécessaires à la cohérence de diverses actions, n'ont pas été prises en compte. De ce fait, le chiffre initial doit être ramené à 3,8 M€. Enfin, si l'on prend en compte les actions qui sont abandonnées ou qui ne produisent aucun résultat positif, ce montant se contracte à 2,8 M€.

Parmi les mesures générant des gains durables, la rationalisation du bionettoyage et la facturation systématique des chambres individuelles sont à relever. Leur impact financier attendu est de l'ordre d'1 M€ par an.

À l'avenir, en fonction des conditions de sortie de l'état d'urgence sanitaire et de ses conséquences sur le budget de l'hôpital, une refonte du contrat pourrait, notamment, passer par un développement de la contractualisation interne, au niveau de chaque pôle.

*
* *

ANNEXES

Annexe n° 1. Détail d'une observation : « La sous-évaluation, en 2018, d'une importante provision »	30
Annexe n° 2. Tableau d'analyse financière détaillée pour le budget H, exercices 2017 à 2019 (RIA2)	31

Annexe n° 1. Détail d'une observation :
« La sous-évaluation, en 2018, d'une importante provision »

Comme indiqué au point 2.1 du présent rapport, une question de méthodologie concerne la sous-évaluation, en 2018, d'une provision.

En 2017, le CHAM a passé d'importantes provisions visant à constater la dette qu'il avait à l'égard d'un grand nombre de ses personnels, sous la forme d'heures supplémentaires dues et non payées. Il a également décidé de transformer, pour les personnes concernées qui en étaient d'accord, ces arriérés d'heures en comptes épargne-temps (CET). Ces provisions étaient comptabilisées, au 31 décembre 2017 et pour les personnels non médicaux, à un montant total d'1,57 M€, à raison de plus d'1,23 M€ pour les 75 676 heures supplémentaires restant à payer et de 0,34 M€ pour celles transformées en CET.

Au 31 décembre 2018, le même total ne s'élevait plus qu'à 0,8 M€ et ne comportait plus aucune valorisation des heures supplémentaires restant à payer. Or, sur les 75 676 heures dues en début d'année 2018, près de la moitié, soit 36 801 heures, l'étaient encore en fin d'année. Ces dernières constituaient donc toujours pour l'hôpital une dette significative qui, pourtant, ne figurait plus à son bilan, contrairement à ce qui, un an plus tôt, du fait d'un effort budgétaire très important sur 2017, était le cas.

Cette situation, contraire au principe de permanence des méthodes comptables, résulte de la passation d'écritures comptables infondées de reprises sur provision au cours de l'exercice 2018.

La constitution de provisions répond au besoin d'anticiper des charges futures. Des reprises sur provision, qui sont l'opération inverse, ne peuvent donc, sauf à être irrégulières, être justifiées par le même motif. Pourtant, une reprise sur provision d'un montant de 0,86 M€, dont 0,55 M€ pour le budget H, repose sur la volonté de « *pourvoir au paiement éventuel des jours épargnés au titre du CET* ».

Le CHAM n'aurait pu procéder à des reprises sur provision que dans la mesure où sa dette sociale, constituée à la fois des comptes épargne-temps et des arriérés d'heures supplémentaires, aurait réellement diminué. Pour pouvoir procéder à ces reprises, il aurait donc fallu, soit verser aux agents concernés des rémunérations additionnelles, ce qui n'a pas été le cas, soit prendre des dispositions allégeant leur temps de travail, ce qui n'a été réalisé que très partiellement, avec la constitution d'une équipe de remplacement. Ainsi, l'établissement n'a, en 2018, réduit sa dette sociale à l'égard de ses personnels non médicaux qu'à hauteur de moins de 15 000 heures.

Le résultat comptable de l'exercice 2018 a, de ce fait, été surestimé, pour le budget H, d'un montant de l'ordre de 520 000 €.

Ainsi, en apparence, le déficit comptable du budget H s'établissait, en 2018, à - 2,5 M€, en diminution de 0,51 M€ par rapport à 2017²⁹, tandis qu'en réalité, il s'aggravait légèrement, à environ - 3 M€. De plus, si l'on considère que la constitution des mêmes provisions avait, en 2017, pesé négativement sur le résultat (alors qu'il s'agissait de prendre acte d'une dette sociale accumulée depuis de longues années), le résultat 2017 n'était pas réellement aussi négatif qu'il le semblait. C'est donc, en réalité, une aggravation significative de la situation financière du CHAM qui est intervenue de 2017 à 2018, alors même que l'établissement était en contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

²⁹ Déficit de 2,48 M€ en 2018 contre 2,99 M€ en 2017 et 3,51 M€ en 2016.

Annexe n° 2. Tableau d'analyse financière détaillée pour le budget H, exercices 2017 à 2019 (RIA2)

Les données disponibles à la date des observations définitives de la chambre et permettant d'apprécier l'évolution du budget H sur les trois derniers exercices, se présentent comme suit :

Tableau n° 4 : Analyse financière détaillée pour le budget H, exercices 2017 à 2019 (RIA2)

DÉPENSES (en M€)	2017	2018	Projection 2019 (RIA2)	Écart 2019/2018	Écart 2019/2017
<i>SYNTHESE</i>					
Titre 1					
Charges de personnel	52,33	54,07	54,88	1,50 %	4,86 %
Titre 2					
Charges à caractère médical	11,98	12,93	13,35	3,20 %	11,38 %
Titre 3					
Charges à caractère hôtelier et général	9,32	9,22	9,13	- 0,94 %	- 2,00 %
Titre 4					
Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	7,28	6,07	5,98	- 1,48 %	- 17,84 %
TOTAL	80,91	82,29	83,34	1,27 %	3,00 %
RECETTES					
Titre 1					
Produits versés par l'assurance maladie	56,69	57,49	58,53	1,80 %	3,24 %
Titre 2					
Autres produits de l'activité hospitalière	5,39	5,64	5,76	2,15 %	7,03 %
Titre 3					
Autres produits	15,84	16,67	14,98	- 10,14 %	- 5,44 %
TOTAL	77,92	79,81	79,27	- 0,67 %	1,74 %
RESULTAT	- 2,99	- 2,48	- 4,06		

DÉPENSES (en M€)	2017	2018	Projection 2019	Écart 2019/2018	Écart 2019/2017
DETAIL					
DEPENSES					
Titre 1					
Charges de personnel	52,33	54,07	54,88	1,50 %	4,86 %
Rémunérations					
Personnel extérieur	0,11	0,29	0,30	1,5 %	183,7 %
Personnel médical rémunérations	8,90	9,53	9,87	3,6 %	10,9 %
Personnel non médical rémunérations					
Titulaires	21,59	21,61	21,13	- 2,2 %	- 2,1 %
CDI	0,90	1,57	2,53	60,8 %	182,5 %
CDD	3,17	3,12	2,74	- 11,9 %	- 13,5 %
Charges	17,62	17,94	18,31	2,0 %	3,9 %
Titre 2					
Charges à caractère médical	11,98	12,93	13,35	3,20 %	11,38 %
dont produits et fournitures pharmaceutiques	9,80	9,71	10,06	3,61 %	2,72 %
(dont 6021)	5,44	5,42	5,76	6,1 %	5,8 %
(dont 6022)	4,25	4,22	4,21	- 0,2 %	- 1,0 %
dont sous-traitance générale	0,58	1,20	1,25	4,1 %	114 %
Titre 3					
Charges à caractère hôtelier et général	9,32	9,22	9,13	- 0,94 %	- 2,00 %
dont achats stockés autres approvisionnements	1,36	1,20	1,13	- 5,9 %	- 16,6 %
dont achats non stockés dont énergie	3,29	3,38	3,01	- 11,0 %	- 8,6 %
dont services extérieurs, dont notamment entretien et maintenance	0,99	1,23	1,34	8,8 %	34,7 %
dont autres services extérieurs, dont notamment transports d'usagers, tél, maintenance informatique	1,60	1,31	1,45	10,1 %	- 9,6 %
dont autres charges de gestion courante, dont notamment : contribution GCS	1,88	1,82	1,79	- 1,9 %	- 5,0 %
dont contribution GHT		0,09	0,27	205 %	
Titre 4	0,00				
Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	7,28	6,07	5,98	- 1,48 %	- 17,84 %
dont charges financières	1,21	1,15	1,09	- 5,4 %	- 10,2 %
dont charges exceptionnelles	0,31	0,24	0,49	106,1 %	54,7 %
dont amortissement	4,45	4,20	4,40	- 5,9 %	- 23,4 %
dont provision	1,30	0,48			
TOTAL DEPENSES	80,91	82,29	83,34	1,27 %	3,00 %

RECETTES (en M€)	2017	2018	Projection 2019	Écart 2019/2018	Écart 2019/2017
Titre 1					
Produits versés par l'assurance maladie	56,69	57,49	58,53	1,80 %	3,24 %
dont produits de la tarification des séjours	35,41	35,35	36,47	3,17 %	2,99 %
Produits des médicaments facturés en sus	1,42	1,50	1,56	4,1 %	10,2 %
DMI	0,52	0,45	0,43	- 3,9 %	- 17,6 %
Recettes externes	3,97	4,21	4,50	6,9 %	13,3 %
Forfait urgences	1,52	1,61	1,73	7,6 %	14,0 %
DAF - Psychiatrie	6,06	6,05	6,04	- 0,2 %	- 0,2 %
DAF - SSR	2,35	2,26	2,20	- 2,5 %	- 6,3 %
MIGAC - MIG	2,26	2,44	2,28	- 6,6 %	1,0 %
MIGAC - AC	0,32	0,48	0,27	- 43,2 %	- 15,0 %
FIR	2,66	2,84	2,70	- 4,8 %	1,5 %
Titre 2					
Autres produits de l'activité hospitalière	5,39	5,64	5,76	2,15 %	7,03 %
dont produits de la tarification hospitalière	2,99	3,11	3,15	1,4 %	5,5 %
dont forfaits	1,49	1,68	1,71	1,8 %	14,9 %
Titre 3					
Autres produits	15,84	16,67	14,98	- 10,14 %	- 5,44 %
dont prestations de services	3,35	3,62	3,51	- 3,3 %	4,7 %
Rétrocession de médicaments	2,24	2,07	2,24	8,5 %	- 0,1 %
Prestations inter-budgets	4,20	4,35	4,62	6,1 %	9,8 %
Subventions	0,27	0,28	0,28	- 0,2 %	2,9 %
Produits de gestion courante	2,51	2,46	2,48	0,6 %	- 1,3 %
Produits exceptionnels	0,48	1,15	0,46	- 59,7 %	- 3,8 %
Reprise sur provision	1,72	1,61	0,45	- 72,4 %	- 74,1 %
Stocks	0,89	0,86	0,76	- 12,4 %	- 15,0 %
Remboursements sur rémunérations et CET	0,17	0,26	0,18	- 30,5 %	5,3 %
TOTAL RECETTES	77,92	79,81	79,27	- 0,67 %	1,74 %
RESULTAT	- 2,99	- 2,48	- 4,06		

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes financiers et des données transmises par le CHAM.



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES SANS RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL-SUR-MER (CHAM)

Exercices 2014 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- M. Philippe Boucey : pas de réponse.
- Mme Jeanne-Marie Marion-Drumez : pas de réponse.

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. **Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs** » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).



Les publications de la chambre régionale des comptes
Hauts-de-France
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-France

Chambre régionale des comptes Hauts-de-France

14, rue du Marché au Filé - 62012 – Arras cedex

Adresse méil. : hautsdefrance@ccomptes.fr